

اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز

افشین طبیبی^۱، حسن احدی^۲، سعید ملیح الذاکرینی^۳، امین رفیع پور^۴، ادیس کراسکیان مومباری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: ابتلا به ایدز معضل پزشکی و اجتماعی است که متأسفانه با فراوانی بالایی در ایران همراه است. توجه به درمان‌های روان‌شناختی در کنار دارودرمانی جزو ضرورت‌های پرداختن به درمان‌های این بیماری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهریار در سال ۱۳۹۷ بود. از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت شهریار ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و آزمایش خون برای بررسی سلول CD⁴ مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش معنویت درمانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه تحلیل شدند. به‌منظور بررسی داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ بیماران مبتلا به ایدز تأثیر معنی‌داری داشته ولی بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران تأثیر معنی‌داری نداشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت آموزش معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ بیماران مبتلا به ایدز اثربخش بوده است، اما معنویت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها اثربخش نبوده است.

واژه‌های کلیدی: ایدز، سلول CD⁴، کیفیت زندگی، معنویت درمانی.

ارجاع: طبیبی، افشین، احدی، حسن، احدی، ملیح الذاکرینی، سعید، رفیع پور، امین، کراسکیان مومباری، ادیس. اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۶۹۵-۷۰۴

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 - ۲- استاد، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 - ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 - ۴- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 - ۵- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- نویسنده مسئول: حسن احدی،
Email Drhadadi5@gmail.com

مقدمه

امروزه جهان با بحران ویروس نقص ایمنی انسان (HIV یا Human immunodeficiency virus) بیماری نقص ایمنی اکتسابی/ایدز (Acquired Immune Deficiency Syndrome یا AIDS) به عنوان بزرگ‌ترین عارضه بشری پس از جنگ جهانی دوم مواجهه است (۱). ایدز از جمله بیماری‌هایی است که نه تنها از جنبه سلامت جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و سبب مشکلات عدیده‌ای در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد (۲). ایدز توصیفی از اختلال‌های ناشی از نقص در کارکرد سیستم ایمنی بدن انسان است که بر اثر عفونت با HIV به وجود می‌آید (۳). بر اساس آخرین آمار موجود حدود ۴۰ میلیون بیمار آلوده به ویروس در جهان زندگی می‌کنند و تاکنون بیش از ۳۰ میلیون نفر در اثر این بیماری فوت کرده‌اند. روزانه حدود ۱۴۰۰۰ نفر نیز در جهان به این ویروس آلوده می‌شوند که ۹۰ درصد این موارد در کشورهای درحال توسعه اتفاق می‌افتد. بیشترین آلودگی در آسیا مربوط به کشورهای هند و تایلند است. شیوع آن در جمعیت ایران کمتر از ۰/۰۱ درصد گزارش شده است (۴). میزان بروز و مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری در ایران، در سال ۲۰۱۸، به ترتیب ۱۱۰۱۱۵ و ۵۵۸۷۵ بوده است (۵).

این بیماری با تضعیف سیستم ایمنی افراد مبتلا، آن‌ها را در معرض عفونت‌های فرصت‌طلب و غیر فرصت‌طلب و انواعی از بدخیمی‌ها قرار می‌دهد (۶). هدف اصلی درمان این بیماران کند کردن روند کاهش سلول‌های CD⁴ و ثابت نگه‌داشتن آن‌ها در یک وضعیت به‌منظور جلوگیری از ابتلا افراد به بیماری‌ها و عفونت‌های مختلف است؛ بنابراین لازم است که هم‌زمان با درمان این افراد تعداد سلول‌های TCD⁴ اندازه‌گیری شود. لنفوسیت‌های TCD⁴ اولین گروه سلول‌هایی هستند که تحت تأثیر ویروس قرار گرفته و تعداد آن‌ها به سرعت کاهش می‌یابد؛ از این‌رو اندازه‌گیری آن‌ها شاخص مهمی برای ارزیابی میزان تأثیر درمان‌ها و پیشرفت بیماری به‌سوی مرحله نهایی ایدز است (۷).

با پیشرفت‌های اخیر در آزمون‌های بالینی و ارائه درمان‌های دارویی جدید برای بیماران مبتلا به ایدز، بقای این بیماران

افزایش یافته و کیفیت زندگی آن‌ها به‌عنوان یک موضوع جدی و قابل‌بحث در بین پژوهشگران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مطرح شده است (۸). از سال ۱۹۸۱ که اولین مورد بیماری ایدز تشخیص داده شد تا به امروز، ایدز یک همه‌گیری جهانی به شمار می‌آید و باوجود پیشرفت در دارودرمانی این بیماری همچنان به‌عنوان یکی از علل عمده مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود (۹). درواقع HIV مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. عملکرد روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. تمام این مشکلات به‌علاوه مراجعه مکرر به پزشک، هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱۰). علاوه بر این، بسیاری از این بیماران با مشکلات بی‌شماری از جمله ننگ و بدنامی، فقر، افسردگی، مصرف مواد و ناامیدی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع مقابله می‌کنند؛ عواملی که می‌توانند از طریق برهم زدن جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار دهند (۱۱).

اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در سرتاسر جهان نشان داده‌اند که سرویس‌های ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، افزایش ظرفیت مراکز درمانی و ارائه مراقبت‌های مستمر و چندجانبه از اهمیت ویژه‌ای در کنترل مشکلات بیماران برخوردار است و اثرات مطلوبی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها داشته است (۱۲). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی‌گیرد و شامل ابعاد مختلف فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی هست (۱۳). مطالعات زیادی نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و معنویت در بیماری‌های مزمن ارتباط معناداری وجود دارد. طبق تحقیقات پیراسته مطلق، نیک‌منش (۱۴، ۱۵) بین معنویت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز رابطه مثبت وجود دارد. اگرچه تعدادی از پژوهش‌ها کیفیت زندگی به‌ویژه سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به ایدز بررسی کرده‌اند، ولی تعداد کمی از آن‌ها نقش معنویت را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بررسی کرده‌اند. برای مثال، باسوراج و همکارانش

با بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز نشان دادند که بهزیستی روانی، سیستم‌های حمایت اجتماعی، راهبردهای کنار آمدن و معنویت درمانی پیش‌بینی کننده‌های مهمی برای کیفیت زندگی در این بیماران هستند (۱۶). همچنین کریمی و شریعت‌نیا (۱۷) نشان دادند که معنویت درمانی سبب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان می‌شود. محمدی و رحیم‌زاده (۱۸) نیز دریافتند که معنویت درمانی سبب افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز شده است. تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلول‌های CD⁴ نپرداخته است.

روانشناسان حوزه سلامت نقش معنویت، اعتقادات و باورهای دینی و اخلاقی را در سلامت جسم و روان و تکامل روح مؤثر می‌دانند (۱۹). سازمان بهداشت جهانی آموزش بهداشت از طریق مذهب و معنویت را به عنوان یکی از راهکارهای سبک زندگی سالم معرفی کرده است (۲۰). معنویت به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای مثبت از طریق تأثیر بر شناخت، هیجان، رفتار و تعالی از اثرات مختلف فشار روانی بر سلامت افراد محافظت می‌کند. سبک زندگی هر فرد، تحت تأثیر باورها و ارزش‌های او است. علیرغم تأثیر روانی- اجتماعی ناشی از ایدز، تاکنون در این باره پژوهش‌های اندک و پراکنده‌ای صورت گرفته است. پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه محدود به ویژگی‌های جسمانی و وضعیت همدیگرشناسی بوده است و کمتر به جنبه‌های روان‌شناختی این بیماری پرداخته شده است. از آنجاکه پیامدهای روانی این بیماری در بدتر شدن وضعیت بیماری و انتقال آن به جامعه نقش بسزایی دارد، ضروری است که به ابعاد روانی این بیماری در کنار جنبه‌های جسمانی آن نیز توجه شود. در نهایت مطالعات اندکی به بررسی اثر مثبت عوامل معنوی بر عملکرد سلول‌های ایمنی پرداخته‌اند، بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سلول CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود که به منظور بررسی تأثیر رویکرد معنویت درمانی بر اساس پروتکل درمانی کجیاف و همکاران (۲۰)، بر

افزایش سلول CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهریار در سال ۱۳۹۷ (شامل ۱۲۰ بیمار با سابقه تشکیل پرونده بین ۱ تا ۱۰ سال) بود. از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت شهریار ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود و هم‌تاسازی بر اساس جنسیت و وضعیت تا هل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه جایگزین شدند. معیارهای ورود به گروه نمونه عبارت بود از: تعداد پلاکت‌ها بر اساس معیارهای تشخیص بیماری ایدز، عدم سابقه هرگونه مصرف دارو غیر مرتبط با ایدز و همچنین سابقه بیماری‌های خود ایمنی دیگر. غیبت بیش از دو جلسه در طی جلسات درمانی به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. پس از کسب مجوز از سازمان بهزیستی استان تهران و هماهنگی با مسئولین مراکز بهداشت شهریار، جلسه آشنایی با بیماران در مرکز برگزار شد. سپس پیش‌آزمون انجام و یک هفته بعد مداخله برای گروه آزمایش شروع شد. جلسات طی دو ماه، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود. پس‌آزمون یک هفته بعد از اجرای مداخله انجام شد. برای گروه کنترل در همان مکان گروه درمانی بدون هیچ رویکرد یا برنامه خاصی تشکیل شد. به منظور حفظ اخلاق پژوهشی، تمامی شرکت‌کنندگان پس از آن که رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کردند، اهمیت پژوهش به همراه تمامی توضیحات تکمیلی به آن‌ها داده شد. به شرکت‌کنندگان گفته شد که هر وقت که بخواهند می‌توانند از شرکت در پژوهش صرف‌نظر کنند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری‌شده محرمانه تلقی شده و نتایج برای هر شخص محفوظ خواهد ماند و همچنین پرسشنامه‌ها دارای کد و بدون نام هستند. پس از اتمام پژوهش پروتکل آموزشی معنویت درمانی برای افراد گروه کنترل ارائه شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

آزمایش سلول CD⁴: آزمون سلول CD⁴ اغلب به عنوان تعداد سلول‌های موجود در یک میلی‌متر مکعب از خون یا mm³ تعریف شده است. تعداد عادی بین ۵۰۰ و ۱۶۰۰ است. از آنجاکه تعداد سلول CD⁴ بسیار متغیر است، برخی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درصد سلول CD⁴ را ترجیح می‌دهند. این

درصد نسبت به تعداد سلول‌های CD⁴ پایدارتر است. تعداد سلول CD⁴ زیر ۲۰۰ آسیب شدید به سیستم ایمنی بدن را نشان می‌دهد و نشانه‌ای از آیدز در افراد مبتلا به HIV است. اگرچه درصد سلول CD⁴ ممکن است پیش‌بینی بهتری از پیشرفت بیماری HIV از تعداد سلول CD⁴، تعداد سلول CD⁴ استفاده می‌شود برای تصمیم‌گیری زمانی که برای شروع درمان است شمار سلول‌ها کمتر از ۳۰۰ سلول است. که نشان می‌دهد سیستم ایمنی بدن ضعیف شده و در معرض ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب است. - شمار سلول‌ها کمتر از ۲۰۰ سلول است که نشان می‌دهد سندرم نقص ایمنی اکتسابی و خطر عفونت‌های فرصت‌طلب وجود دارد. - در نتیجه شمارش سلول‌های CD⁴⁺ بیشتر احتمال دارد که سندرم نقص ایمنی اکتسابی ایجاد شود (۲۱). نوع نمونه قابل‌اندازه‌گیری، خون کامل حاوی ضد انعقاد EDTA یا هپارین بود. حجم نمونه موردنیاز نیز ۵ میلی‌گرم بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO Quality of Life-BREF): فرم کوتاه

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی شامل ۲۶ ماده و چهار خرده مقیاس سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط است. این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. ماده‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج گزینه‌ای درجه‌بندی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی افتراقی و محتوایی و همچنین اعتبار مناسی (ضریب آلفای کرونباخ برای سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) گزارش شده است (۲۲). اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام شده است. اعتبار آزمون بازآزمون برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ گزارش شده است. همسانی درونی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ بوده است (۲۳).

جدول ۱. محتوای جلسات معنویت درمانی

جلسه	فعالیت
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی. رابطه همدلانه و امید ایجاد شد و سپس مشکل شرکت‌کنندگان در قالب مدل معنویت درمانی صورت‌بندی شد. به هر شرکت‌کننده بسته‌ای داده شد که در آن بروشورها و خلاصه جلسات موجود بود.
دوم	پس از مرور جلسه قبل و بازخورد به مراجعان، پیش‌فرض اول (واقعیت نجات‌بخش) و دوم (احساسات خوشایند و ناخوشایند وابسته به پدیده‌ها نیستند بلکه وابسته به نگرش‌ها و احساسات درونی‌اند) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه ارتقاء نیت و هدفمندی رفتارها و تصویرسازی ذهنی مثبت نسبت به خدا آموزش داده شد.
سوم	پیش‌فرض سوم (اصل عمل: این اصل مبتنی بر صفات رحمت و بخشندگی خداوند است؛ یعنی خداوند همواره فرصت را برای رشد انسان فراهم می‌کند) و چهارم (تقسیم‌پذیری: یعنی اینکه امور دنیوی قابل تقسیم به امور تغییرپذیر و تغییرناپذیر هستند) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه جایگاه نظم در اداره نظام هستی و تمرین نظم در زندگی آموزش داده شد.
چهارم	پیش‌فرض پنجم (جهان اخلاقی خلق شده و همیشه در جهت سعادت حرکت می‌کند) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه در مورد راهبرد دعا و جایگاه آن در زندگی و تعالی انسان، و مقابله با اضطراب بحث و گفتگو شد.
پنجم	پیش‌فرض ششم (آینده به‌طور کامل در دست ما نیست) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه در مورد راهبردهای ذکر، توکل و امید به خداوند نسبت به مسائلی که در آینده رخ می‌دهند به بحث و گفتگو پرداخته شد.
ششم	پیش‌فرض هفتم (انسان به‌طور دائم در حال ارتباط با خداوند است) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه توصیف و تفسیر معنوی و وحدت‌بخش وقایع زندگی شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. درباره نقش و جایگاه صبر به‌عنوان یک راهبرد برای مقابله با اضطراب آموزش داده شد.
هفتم	پیش‌فرض هشتم (انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند، نه با اموال و دارایی‌هایش) و نهم (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند انفاق، گذشت، بخشش و محبت ورزیدن است) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه حضور مؤدبانه و محترمانه در محضر خداوند آموزش داده شد.
هشتم	پیش‌فرض دهم (درک معنای سختی‌ها و مشقتها و مسئولیت‌پذیری نسبت به خدا، خود، دیگران و هستی) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه یک‌بار دیگر ده پیش‌فرض انسان معنوی مرور شد.

پروتکل معنویت درمانی: آموزش گروهی معنویت

درمانی به طور منظم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و با استفاده از دو روش بحث و گفتگو در مورد پیش‌فرض‌های زندگی معنوی و آموزش راهبردهای معنوی، انجام شد. این پروتکل درمانی توسط کجیاف و همکاران (۲۴) طراحی شده است.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شامل: ۷۱/۱ درصد (۳۲ نفر) مرد و ۲۸/۹ درصد (۱۳ نفر) زن که از این میان ۶۲/۲ درصد (۲۸ نفر) مجرد و ۳۷/۸ درصد (۱۷ نفر) متأهل بودند. از بین شرکت‌کنندگان ۲۲/۲ درصد (۱۰ نفر) کمتر از ۳۰ سال، ۳۱/۱ درصد (۱۴ نفر)

۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۴/۴ درصد (۱۱ نفر) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۲/۲ درصد (۱۰ نفر) بیشتر از ۵۰ سال سن داشته‌اند. همچنین مدت ابتلا بین ۱ تا ۲ سال ۱۵/۶ درصد (۷ نفر)، ۳۵/۶ درصد (۱۶ نفر) بین ۲ تا ۴ سال، ۲۴/۴ درصد (۱۱ نفر) بین ۵ تا ۷ سال، ۱۵/۶ درصد (۷ نفر) بین ۸ تا ۱۰ سال و ۸/۹ درصد (۴ نفر) بیشتر از ۱۰ سال بوده است. میزان تحصیلات ۵۱/۱ درصد (۲۳ نفر) زیر دیپلم، ۲۴/۴ درصد (۱۱ نفر) دیپلم، ۱۷/۸ درصد (۸ نفر) فوق دیپلم و ۶/۷ درصد (۳ نفر) لیسانس یا بالاتر بوده است. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای میزان سلول CD⁴ و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
میزان CD ⁴	کنترل	۸۳۴/۹۴	۱۶۰/۴۷	۱۶۰/۴۷	۱۸۱/۵۶
	معنویت درمانی	۸۵۸	۱۶۸/۸۱	۱۶۸/۸۱	۱۷۷/۶۲
کیفیت زندگی	کنترل	۹۰/۳۳	۹/۹۰	۹/۹۰	۹/۴۵
	معنویت درمانی	۹۰/۷۳	۱۰/۱۲	۱۰/۱۲	۱۰/۶۶

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده تفاوت‌هایی بین میانگین نمره گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای CD⁴ و کیفیت زندگی است. برای بررسی این تفاوت‌ها از روش‌های آماری استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که همه متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند. نتایج آزمون لوین نشان داد که مقدار هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست و فرض برابری واریانس‌ها

برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها، همبستگی متقابل بین متغیرهای وابسته و رعایت مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر CD⁴

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	حجم اثر
میزان CD ⁴	پیش‌آزمون	۷۲۲۲۳۴/۳۷	۱	۷۲۲۲۳۴/۳۷	۱۰۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	گروه	۱۰۷۷۴۰/۷۲	۱	۱۰۷۷۴۰/۷۲	۱۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳
	خطا	۱۸۰۹۷۲/۹۶	۲۷	۶۷۰۲/۷۰	—	—	—

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در میزان

سلول‌های CD⁴ وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان سلول‌های CD⁴ گروه آزمایش به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر کیفیت زندگی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	حجم اثر
پیش‌آزمون		۲۸۱۰/۵۴	۱	۲۸۱۰/۵۴	۲۵۵۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
کیفیت زندگی	گروه	۰/۱۳۴	۱	۰/۱۳۴	۰/۱۲۲	۰/۷۳	۰/۰۰۴
خطا		۲۹/۷۳	۲۷	۲۱/۲۴	-	-	-

مقادیر حجم اثر جدول‌های ۳ و ۴ نشان‌دهنده سهم واریانس مربوط به متغیر ترکیبی جدید است. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار از ۰/۱۴ بیشتر باشد، اثربخشی کاربست معنویت درمانی زیاد بوده است. مقدار متغیر ترکیبی جدید نشان‌دهنده اثر زیاد متغیر مستقل است. همچنین نتایج آزمون

لامبدای ویلکز در مورد متغیر ترکیبی معنادار بود. این نتایج نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان دو گروه با هم تفاوت دارند و تفاوت میانگین گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای نمره پس‌آزمون متغیرهای CD⁴ و کیفیت زندگی

اثر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	حجم اثر
گروه کنترل	پس‌آزمون CD ⁴	۸۹۹۰۱۰/۸۱	۱	۸۹۹۰۱۰/۸۱	۱۲۴/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
پس‌آزمون کیفیت زندگی		۰/۹۱۵	۱	۰/۹۱۵	۰/۵۳	۰/۴۷۱	۰/۰۱۳
گروه آزمایش	پس‌آزمون CD ⁴	۱۷۹۰۴۹/۷۳	۲	۸۹۵۲۴/۸۷	۱۱/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
پس‌آزمون کیفیت زندگی		۷/۱۱	۲	۳/۵۵	۲/۰۶	۰/۱۴۱	۰/۰۹۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد میزان سلول‌های CD⁴ پس‌آزمون بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته است ($p < ۰/۰۵$)، اما میزان کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار نداشته است ($p > ۰/۰۵$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که معنویت درمانی بر افزایش سلول‌های CD⁴ اثربخش بوده است، ولی بر کیفیت زندگی اثربخش نبوده است.

همانندسازی می‌نماید و در نتیجه باعث از بین رفتن این سلول‌ها و کاهش تعداد آن‌ها می‌شوند (۳۰). از آنجاکه لنفوسیت‌های TCD⁴ اولین گروه از سلول‌هایی هستند که تحت تأثیر ویروس قرار گرفته و تعداد آن‌ها به سرعت کاهش می‌یابد، اندازه‌گیری آن‌ها شاخص مهمی برای ارزیابی میزان تأثیر نمایش و پیشرفت بیماری به‌سوی مرحله نهایی ایدز است (۷). هدف اصلی در درمان بیماران HIV کند کردن روند کاهش سلول‌های CD⁴ و ثابت نگه‌داشتن آن‌ها در یک وضعیت به‌منظور جلوگیری از ابتلای افراد به بیماری‌ها و عفونت‌های مختلف هست (۳۱).

با توجه به مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز، لزوم استفاده از روان‌درمانی در کنار درمان‌های دارویی ثابت شده است. بسیاری از این درمان‌ها علاوه بر درمان مشکلات روانی نقش بسزایی در تغییرات فیزیولوژیکی بدن داشته‌اند. یکی از بهترین درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ایدز معنویت درمانی است. در پژوهش‌های مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، معنویت را به‌عنوان یک روش برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری، به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی و نیز کاستن احساس رنج ناشی از بیماری به کار می‌برند. کاهش احساس رنج با کاهش کورتیزول در بدن

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سلول‌های CD⁴ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های براون و رایان (۲۵) و ناهم‌سو با یافته‌های سایر پژوهشگران (۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۶) نشان داد که معنویت درمانی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری اثری نداشته است. در مقابل نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های قبلی (۲۷، ۲۸، ۲۹) نشان داد که معنویت درمانی سبب افزایش سلول‌های CD⁴ آن‌ها شده است.

سلول‌های TCD⁴ مهم‌ترین گروه سلولی تحت تأثیر ویروس ایدز می‌باشند. این ویروس از طریق اتصال به مارک‌های سطح سلول وارد این گروه از لنفوسیت‌ها شده و شروع به

شخص از زندگی‌اش رابطه دارد (۳۲). محمدی و رحیم‌زاده (۱۸) نشان دادند که معنا درمانی سبب افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیط) می‌شود. همچنین، معنا درمانی سلامت معنوی را در ابعاد سلامت وجودی و مذهبی افزایش داده است. کریمی و شریعت‌نیا (۱۷) و پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۴) نشان دادند که بین معنویت و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. با توجه به آنچه ذکر شد، معنویت و معنویت درمانی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن اثرگذار بوده است، ولی یافته‌های این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی اثری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز نداشته است.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی همچون پایین بودن حجم نمونه، محدود بودن به شهرستان شهریار و عدم امکان مقایسه اثربخشی درمان در دو جنس بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه بزرگ‌تری از بیماران استفاده شود و دو جنس با یکدیگر مقایسه شوند. در نظر گرفتن نکاتی از قبیل تفاوت‌های فرهنگی، شیوه ارتباط درمانگر با شرکت‌کنندگان و میزان همکاری مسئولان مراکز با پژوهشگر الزامی است.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول این پژوهش (شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.20) است. از کلیه اساتید دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، مسئولان سازمان بهزیستی، مراکز بهداشت شهریار و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مشخص می‌شود؛ بنابراین اندازه‌گیری شاخص‌های فیزیولوژی در درمان‌های روان‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است. از نظر کوئینگ معنویت عبارت است از جستجو و مطالعه شخصی برای درک و فهم پاسخ پرسش‌هایی درباره زندگی، معنا و ارتباط با نیروی مقدس یا متعالی که ممکن است منجر به رشد آیین‌های مذهبی و تکوین جامعه شود (۱۹). با توجه به اهمیت میزان سلول CD^4 در بیماران مبتلا به ایدز می‌توان از طریق آموزش تکنیک‌های این رویکرد درمانی سبب افزایش لنفوسیت‌هایی شد که نقش مهمی در کنترل و هدایت دستگاه ایمنی به‌ویژه سازگاری آن با محیط ایفا می‌کنند. HIV با کاهش سلول‌های CD^4 منجر به بیماری ایدز، تضعیف دستگاه ایمنی بدن و عفونت می‌شود؛ بنابراین افزایش این سلول‌ها برای واکنش ایمنی ضروری است، زیرا بدن بدون آن‌ها نمی‌تواند با عفونت‌ها مقابله کند یا سلول‌های سرطانی را از بین ببرد. با افزایش سلول‌های CD^4 می‌توان نقش بسزایی در روند درمان این بیماری ایجاد کرد.

مسئله عمده افراد مبتلا به ایدز، طرد شدن آن‌ها از اجتماع و تبعیض می‌باشد. این مسئله تکامل فردی را که رابطه مستقیمی با سلامت روانی آن‌ها دارد، تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و اثر بارزی بر کیفیت زندگی‌شان دارد. کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است و پهنه وسیعی از زندگی فرد را در برمی‌گیرد. کیفیت زندگی درک منحصر به فرد هم شخص در مورد این که آیا زندگی او باوجود ارتباطی که با خانواده‌اش، دوستانش و اجتماعش دارد برایش رضایت‌بخش و قابل‌قبول است یا نه و همچنین ارضای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برایش موجود است یا نه که البته این قضیه با توقع

References

1. Conner RF, Villarreal LP. AIDS: Science and society. London: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
2. Aranda-Naranjo B. Quality of life in HIV positive patient. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2004; 15(5 Suppl):20S-27S.
3. Akbari M, Moody K. A review of AIDS and its prevention and treatment. Second National Conference on Biology and Environmental Sciences. Gorgan; 2016. [In Persian].
4. Dargahi F, Amani F, Habibzade S, Ezati M, Sadri Z. Prevalence of HCV, HBV, HIV in blood donors in Ardabil Province. Quarterly Scientific- Student, 2012; 2(1): 86-97.
5. Taghdisi M, Mansouri A. Modeling the relationship between worry processes with symptoms of depression and insomnia in caregivers of individuals with cancer. Journal of Research and Behavioral Sciences. 2019; 17(4):608-19. [In Persian].

6. Behzadpour M, Khanjani N. The prevalence of different human immunodeficiency virus transmission routes and knowledge about AIDS in infected people with HIV in Sirjan. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(1):45-52. [In Persian].
7. Zhu X, Ma D, Zhang J, Peng J, Qu X, Ji C, Hou M. Elevated interleukin-21 correlated to Th17 and Th1 cells in patients with immune thrombocytopenia. *Journal of clinical immunology*. 2010; 30(2):253-9.
8. Kohli RM, Sane S, Kumar K. Assessment of quality of life among HIV infected person in Pune India. *Quality of Life Research*. 2005; 14(16):1641-7.
9. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of Gene Medicine*. 2006; 21(5 Suppl):S1-S2.
10. Oliva J, Roa C, Del Llano. Indirect costs in ambulatory patient's with-HIV/AIDS in Spain: A pilot study. *Pharmacoeconomics*. 2003; 21(15):1113-21.
11. Carr RI, Gramling LF. Stigma: A health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care*. 2004; 15(5):30-9.
12. Hays RD, Cunningham WE. Health related quality of life in patient with human immunodeficiency virus infection in the United State. *The American Journal of Medicine*. 2000; 108(9):714-22.
13. Firouzjaei AA, Dehghan Haddad M. The relationship and impact of life objective quality on the life subjective quality (Case study: Amol city, Mazandaran province). *Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies*. 2015; 3(4):157-84. [In Persian].
14. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The relationship of spirituality with the pain and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Armaghane Danesh*. 2012; 17(4):337-48. [In Persian].
15. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. *JSSU*. 2012; 20 (5):571-81. [In Persian].
16. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 2010; 31(2):75-80.
17. Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017; 15(2):107-18. [In Persian].
18. Mohamadi SY, Rahimzada Tehrani K. The effectiveness of therapy on spiritual health and quality of life of women with AIDS in Tehran. *Health Psychology*. 2018; 7(25):106-20. [In Persian].
19. Koenig, HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network, Psychiatry*. 2012; 1-33.
20. Loefer M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*. 2012; 55(3):163-170.
21. Pagana KD, Pagana TN, Pagana TJ. *Mosby's diagnostic and laboratory tests references* (13th Ed.). US: Mosby; 2016.
22. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004; 13(2):299-310.
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouee A, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12. [In Persian].
24. Kajbaf MB, Ghasemiannejad Jahromi AN, Ahmadi Forushani SH. The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: A study based on the reports of people with death experience. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016; 16(4):4-13. [In Persian].

25. Brown K, Ryan R. Controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2013; 62(5):613-22.
26. Ajdari Fard S, Ghazi G, Nouranipour R. The impact of mysticism and spirituality education on students' mental health. *New Thoughts in Educational Sciences*. 2010; 6(5):105-27. [In Persian].
27. Khaleghipour S, Masjid M, Ahmadi Z. Effectiveness of Islamic spiritual therapy on the lifestyle and the percentages of the white blood cells in the aged depressed subjects. *Research in Psychological Health*. 2016; 10(3):16-29. [In Persian].
28. Ichikawa M, Nat C. Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand. *AIDS Care*. 2014; 18(2):128-32.
29. Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion and happiness in non- mediators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50:222-7.
30. Abbas Abul K, Lichtman AHH, Pillai S. *Cellular and molecular immunology* (9th Ed). Philadelphia: Elsevier; 2017.
31. Amir SA. *Practical hematology*. Tehran: Eshraqiyah Publication; 2011. [In Persian].
32. Villarruel AM, Gallegos EC, Cherry CJ, Refugio de Duran M. Launiendo de fronteras: Collaboration to develop HIV prevention strategies for Mexican and Latino youth. *Journal of Transcultural Nursing*. 2003; 14(3):193-206.

The Effectiveness of Spiritual Therapy on Increasing CD⁴ cell and Quality of Life in AIDS Patients

Afshin Tayyebi¹, Hassan Ahadi², Saeid Malihzuckerini³, Amin Rafiepoor⁴, Adis Kraskian Mojembari⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: AIDS is a medical and social problem that is unfortunately associated with a high prevalence in Iran. This study aimed to investigate the effectiveness of spirituality therapy on increasing CD⁴ cell and quality of life in AIDS patients.

Methods and Materials: The statistical population included all AIDS patients referred to Shahriar Health Centers in 2018. Thirty patients were selected by Convenience sampling method and were replaced in two groups of 15 each. Participants were assessed with the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) and blood tests for CD⁴. Subsequently, participants in the experimental group received 8 sessions (90 minutes) of spiritual therapy and the control group received no training. Data were analyzed by using analysis of analysis and SPSS version 23 software.

Findings: The results showed that spirituality therapy had a significant effect on the increase of CD⁴ in AIDS patients, but it did not have a significant effect on the quality of life of them.

Conclusion: It can be concluded that the effect of spirituality therapy on CD⁴ is effective. But spirituality has not been effective in improving the quality of life.

Keywords: AIDS patients, quality of life, spirituality therapy.

Citation: Tayyebi A, Ahadi H, Malihzuckerini S, Rafiepoor A, Kraskian Mojembari A. **The Effectiveness of Spiritual Therapy on Increasing CD⁴ cell and Quality of Life in AIDS Patients.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 695-704.

1- Ph.D. Student in Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

2- Professor of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

3- Assistant Professor of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

4- Assistant Professor of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

5- Assistant Professor of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

Corresponding Author: Hassan Ahadi, Email: Drhadadi5@gmail.com